Aus der
chirurg. Privatklinik des Herrn Professor Emil Burckhardt zu Basel.

Stanford University Library
1904

Über
PROSTATITIS PHLEGMONOSA.

Ein Beitrag zur Frage der Behandlung derselben.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät zu Basel

vorgelegt von

Christoph Bandli, med. pract.
aus Andeer (Graubünden).

Genehmigt auf Antrag von Herrn Prof. Dr. **O. Hildebrand.**

Basel
Basler Druck- und Verlags-Anstalt
1902.

Aus der
chirurg. Privatklinik des Herrn Professor Emil Burckhardt zu Basel.

Ueber
PROSTATITIS PHLEGMONOSA.

Ein Beitrag zur Frage der Behandlung derselben.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät zu Basel

vorgelegt von

Christoph Bandli, med. pract.
aus Andeer (Graubünden).

Genehmigt auf Antrag von Herrn Prof. Dr. **O. Hildebrand.**

Basel
Basler Druck- und Verlags-Anstalt
1902.

Meiner lieben Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uberprostatitisp0000chri

Akute phlegmonöse Entzündungen der Prostata sind trotz des überaus häufigen Vorkommens entzündlicher Prozesse in der benachbarten Harnröhre und in der Prostata selbst relativ selten. Wenn wir bedenken, dass die chronische Prostatitis nach Casper bei 80% aller chronischen Gonorrhoeen sich findet und daher die Prostata, resp. deren Drüsengänge der ständige Sitz mehr oder weniger virulenter Mikroorganismen ist, seien es Gonokokken oder andere, so ist eine gewisse Indolenz dieses Organes gegen akut eitrige Entzündungen nicht von der Hand zu weisen. Dies mag teils mit der verborgenen Lage dieser Drüse, welche sie vor traumatischen Insulten schützt, teils mit der Struktur derselben zusammenhängen, indem das Drüsengewebe gegenüber der Zwischensubstanz bedeutend zurücktritt.

Auf 1673 chirurgische Affektionen des männlichen Urogenitalapparates, die in der chirurgischen Privatklinik des Herrn Professor Burckhardt zur Beobachtung beziehungsweise Behandlung kamen, entfallen 386 Patienten mit Prostatakrankheiten. Von diesen sind:

186	Fälle	von	Prostatitis
164	„	„	Hypertrophie
11	„	„	Atrophie
10	„	„	maliger Neubildung
1	Fall	„	Cyste
14	Fälle	„	Neurosen.

Unter den 186 Prostatitiden finden sich nur 6 Fälle von akuter eitriger Prostatitis. Nach dieser Zusammenstellung tritt also die Prostatitis acuta suppurativa in 1,5% aller Fälle von Prostatakrankheiten und in 3,2% der

Prostatitiden auf. Häufig sind Beobachtungen von akuten eitrigen Prozessen der Vorsteherdrüse besonders in den letzten Dezennien Gegenstand von Publikationen geworden. Als deren Resultat ist hauptsächlich ein zielbewussteres Vorgehen in therapeutischer resp. operativer Hinsicht zu verzeichnen. Die frühzeitige Freilegung und Eröffnung des Eiterherdes vom Damme her wird von den meisten Autoren als die zweckmässigste und am raschesten zum Ziele führende Methode erachtet und geübt. Die im folgenden zur Mitteilung kommenden Beobachtungen unterscheiden sich gerade in diesem Punkte, da in diesen Fällen von einem operativen Eingreifen abgesehen werden konnte. In 5 von den 6 Fällen brach der Abscess in die Urethra durch und dieser Moment konnte unter ständiger endoskopischer Kontrolle abgewartet werden, ohne dass sich schwere Komplikationen (Fortschreiten des Prozesses, Allgemeininfektion, Fistelbildung etc.) einstellten. Im 6. Falle fand der Eiter spontan einen Ausweg ins Rectum.

Der Güte von Herrn Professor Burckhardt verdanke ich die Erlaubnis, die Krankengeschichten dieser Fälle verarbeiten zu können und spreche ihm dafür, sowie für die Ueberlassung der Literatur meinen besten Dank aus.

Krankengeschichten.

1. Urethritis chron. gonorrh. Prostatitis phlegmonosa.

K. G. 31 Jahre alt, war früher stets gesund. Vor neun Monaten erste Gonorrhoe, welche mit Injectionen von Argent. nitric. behandelt wird. Der starke Ausfluss schwindet, doch persistiert Morgentropfen. Während der letzten drei Wochen zunehmende Schmerzen beim Urinieren, ebenso bei der Defäcation Gefühl von Druck und Schmerz in Damm und Rectum. Eitriger Ausfluss beim Pressen. Die Miction wird immer schwieriger, bis zur vollständigen Retention.

Status beim Eintritt am 5. Oktober 1892. Blasser, junger Mann. Temperatur 37,2. Blase mässig gefüllt, doch hat Patient heftigen Drang. Der Katheter stösst in der Pars prostatica etwas an, doch lässt er sich leicht und sanft einführen und entleert 200 cm^3 dunkelgelben, leicht diffus getrübten Harn von saurer

Reaction ohne Eiweiss und Zucker. Die erste und letzte Portion sind sehr stark eitrig getrübt, die zweite hell. Das Passieren der Pars prostatica ruft lebhaften Schmerz hervor. Orificium extern. sehr enge, nur für Nr. 18 passierbar. Die Prostata ist in beiden Lappen stark vergrössert (hühnereigross) und sehr druckempfindlich. Oberer Rand nicht erreichbar. Am unteren Rand des Isthmus ist ein kleiner, haselnussgrosser, harter Tumor zu fühlen. Die Mastdarmschleimhaut fühlt sich normal an. Nach der Palpation ergiessen sich per urethram einige Tropfen dicken, gelben Eiters. Patient muss in den nächsten Tagen mehrmals täglich katheterisiert werden. Zeitweise wird ein Verweilkatheter eingelegt. Im Anschluss daran werden Blasen- und Urethralspülungen mit Borlösung gemacht. Spaltung des Orificium ext. Nach jeder Katheterisierung und auch in der Zwischenzeit reichlicher Ausfluss von Eiter. Nie Fieber. Patient erhält alle zwei Tage Sal. carol. und wird täglich gebadet. Vom 10. Oktober an Massage der Prostata. Täglich ca. 20 sanfte cirkuläre Streichungen über die Prostata, worauf sich jedesmal per urethram viel Eiter entleert. Erst am 12. Oktober tritt eine spärliche Miction ein. Der rechte Prostatalappen nimmt immer mehr an Volumen ab, so dass er schliesslich klein und geschrumpft erscheint und nicht mehr druckempfindlich ist. Dafür beginnt nun (am 14. Oktober) der linke Lappen grösser und sehr druckempfindlich zu werden. Der Patient entzieht sich am 15. Oktober der Behandlung und kommt erst nach acht Tagen wieder. Während dieser Zeit hatte er Fieber, grosse Schmerzen und darauf starken Eiterausfluss. Der linke Prostatalappen hat sich inzwischen verkleinert und ist nicht mehr schmerzhaft. Die Eiterung sistiert. Der Urin wird klar. Keine Schmerzen, keine vermehrte Mictionsfrequenz. Sonde Nr. 26 leicht einführbar, keine Strictur, kein Ausfluss. Prostata normal, nicht druckempfindlich. Wird am 29. Oktober geheilt entlassen.

2. Urethritis chron. gonorrh. prosterior. Strictura urethræ. Cystitis. Prostatitis acuta purulenta und Vesiculitis duplex.

Sp. F. 23 Jahre alt. Mehrfache Gonorrhoeen. Im Jahre 1892 Lues, welche wiederholt recidivierte. 1895 Dilatationskur wegen Strictur der pars bulbosa und endoscopische Behandlung der chron. Gonorrhoe. Im Frühjahr 1900 wieder Ausfluss.

Status am 15. Juni 1900. Urin, erste Portion trübe mit dicken Filamenten, zweite Portion ebenfalls trübe. 14 cm ab orificio ext. ein Hindernis, kurz, ringförmig, schmerzhaft. In beiden Nebenhoden schwielige Verdickungen. Beständiger Harndrang und Kitzel. Prostata in beiden Lappen geschwellt, hühner-

eigross, unregelmässig höckerig, pulsierend. Der linke Lappen grösser als der rechte. Bei Druck auf die Prostata entleert sich reichlich ein Esslöffel voll eitrig-hämorrhagischen Secrets. In den Filamenten des Harns und im Eiter der Prostata finden sich viele typische in Haufen geordnete Gonokokken. Patient erhält Sitzbäder, 10%ige Ichthyolsuppositorien c. op. und Instillationen mit 3%iger Arg. Nitr.-Lösung. Die Prostata schwillt unter reichlichem Eiterausfluss ziemlich rasch ab. Am 18. Juni manifestiert sich aber eine akute eitrige Vesiculitis. Bei Druck auf die Samenblasen entleert sich rahmartiger Saft, welcher Eiter, Spermatozoën und Gonokokken enthält. Die Cystitis besteht weiter. Die Eiterung aus der Prostata nimmt einen prolongierten Verlauf an. Bei jeder Massage lässt sich reichlich Eiter herausdrücken. In der Mitte und rechts ist die Drüse unregelmässig höckerig und zeigt Dellen. Im endoscopischen Bild erscheint der colliculus seminalis gequollen. In den Morgagnischen Taschen Eiterpfröpfe. Die öfters vorgenommene Massage der Prostata fördert gonokokkenhaltigen Eiter und Schleim zu Tage, worauf sich nach rechts von der Mitte eine weiche, eingesunkene Stelle zeigt. Der übrige Teil der Drüse ist hart. Die endoscopische Behandlung, die Instillationen mit Arg. nitric. 2—5%ig und Sublimatalkohol 3%ig, Massage der Prostata, sowie Blasenspülungen werden ambulatorisch fortgesetzt. Der Ausfluss hört auf. Der Urin wird klar. Am 15. September ergibt die endoscopische Kontrolluntersuchung normale Verhältnisse: Prostata klein, glatt, teigig, nicht druckempfindlich, ohne Indurationen.

3. Prostatitis und Urethritis chron. gonorrh. post. Intercurrente acute Prostatitis purulenta.

B. A. 34 Jahre alt, hatte zweimal Gonorrhoe. Persistierender Morgentropfen.

Status am 3. Juli 1897. Enger Meatus externus. Sonst normale äussere Genitalien. Rechter Prostatalappen doppelt so gross, als der linke, prallelastisch und teigig, nicht druckempfindlich, nicht ausdrückbar. Im Endoscop zeigt sich der colliculus hochrot, bei Kontakt stark blutend, glänzend, ohne sichtbare Details. Raphe ebenfalls hypertrophisch. Urin: erste Portion unbedeutend opaleszierend mit feinen Filamenten, zweite Portion krystallhell. In den Filamenten Leucocyten, vereinzelte Diplokokken, keine Gonokokken. Patient wird nach Spaltung des meat. extern. der Sondenbehandlung unterworfen und instilliert. Am 13. Juli Auftreten einer interkurrenten akuten Prostatitis. Temperatur 39,6°, Frösteln, viel Harndrang, sonst aber keine wesentlichen Schmerzen. Eitrig-seröser und blutiger Ausfluss aus der Urethra. Der Urin ist leicht getrübt, ohne Eiweiss. Ordi-

nation: Flüssige Nahrung, Wildunger, zweimal täglich 1,0 gr. Antipyrin. In den nächsten Tagen Temperaturen subfebril. Prostata jedoch an Volumen zunehmend bis zur Grösse einer kleinen Mandarine, sehr druckempfindlich, hart, nicht fluctuierend. Schmerzen nicht gross. Therapie eadem und Suppositorien c. Kali jodat. In der Nacht des 18. auf den 19. Juli entleert sich mit dem Harn eine grosse Menge Eiter und Schleim. Die Temperatur kehrt zur Norm zurück, das Allgemeinbefinden bessert sich. Im Harn viele Eiterkörperchen und Epithelien. Die Eiterung sistiert nach ca. 14 Tagen. Unter Sondenbehandlung und endoscopischen Pinselungen der pars prostat. kehrt die noch immer etwas vergrösserte Prostata zur normalen Grösse zurück.

4. Urethritis chron. gonorrh. anter. et poster. Periurethritis part. pend. Intercurr. Prostatitis acuta purulenta.

R. S. 37 Jahre alt. Hatte seit 1879 mehrfache Gonorrhoeen, wovon die eine mit rechtsseitiger Epididymitis kompliziert. Letzte Gonorrhoe 1885, wird chronisch.

Status am 10. Oktober 1897. Orificium extern-geschwollen, gewulstet, rigide. Rechter Nebenhoden derb, fibrös. Prostata nicht vergrössert, nicht hart, nicht ausdrückbar. Vorderer Teil der Urethra rigide. Colliculus sem. derb, vergrössert, leicht blutend, druckempfindlich. Verschiedene disseminierte Plaques an der hintern Wand der Urethra. Die erste Portion des Urins diffus getrübt, mit vereinzelten Krümmeln, die aus reinem Eiter bestehen, die zweite Portion krystallhell. Spaltung des meat. extern. Endoscop. Behandlung. Während dieser Behandlung manifestiert sich am 16. Oktober eine akute Prostatitis durch Fieber bis zu 39,9° und praller Vergrösserung der Prostata. Linker Lappen grösser als der rechte. Vermehrter und schmerzhafter Harndrang. Dumpfes Druckgefühl in der Tiefe des Dammes. Diese Symptome dauern in wechselnder Stärke sieben Tage, worauf sich am 22. Oktober unter Abfall des Fiebers viel dicker, gelbweisser, phlegmonöser Eiter aus der Harnröhre entleert. Man sieht mit dem Endoscop, wie derselbe in reichlicher Menge aus der Sinusöffnung herausquillt. Die Beschwerden lassen nun rasch nach, besonders der Tenesmus und der Schmerz im Damm. Die Prostata wird kleiner und weicher, weniger druckempfindlich und zeigt am 31. Oktober normale Verhältnisse. Die Behandlung der kranken Urethra wird fortgesetzt. Eine am 12. November vorgenommene endescop. Untersuchung der Urethra posterior ergibt folgenden Befund: Schleimhaut der Pars prostat. Urethrae hellrot, glatt, nicht blutend. Nirgends eine Spur von Plaques. Colliculus semin. von normaler Grösse, spitz; Sinusöffnung als feiner

Schlitz sichtbar. Pars membranacea normal. Prostata von normaler Grösse. Urin klar.

5. Prostatitis und Spermatocystitis gonorrh. chronica. Intercurr. Cystitis und Prostatitis acuta purulenta.

R. J. 27 Jahre alt, hatte zweimal Gonorrhoe. Die letzte vor zwei Jahren. Seit vier Wochen vermehrte Mictionen und trüber Urin.

Status am 21. Februar 1901. Vergrösserte, druckempfindliche, harte Prostata. Samenblasen beidseitig vergrössert, hart und schmerzhaft. Urin opaleszent. Keine Gonokokken. Endoscop. Befund: pars prostat. stark gerötet. Colliculus bedeutend geschwollen. Raphe granuliert, blutend. Am 9. Februar treten stürmische Symptome auf: Schmerzen in After und Damm, häufiger Harndrang. Temperatur 37,8°. Prostata sehr druckempfindlich und vergrössert, so dass sie kugelig ins Rectum vorspringt, besonders der linke Lappen. Der Urin des Patienten ist dick eitrig. Der Eiter enthält Staphylokokkus pyog. aur. Die Samenblasen zeigen bedeutende Schwellung und entleeren bei Druck dicken rahmartigen Eiter. Die Cowperschen Drüsen fühlen sich hart an und sind auf Druck sehr schmerzhaft. Die Therapie besteht in Bettruhe, Blasenspülungen, Microclysmen mit Ichthyollösung, Instillationen von 1—3%igem Argent. nitr. in die pars prostatica. Später Massage der Prostata. Nach 5—6 Tagen lassen die Schmerzen nach. Tenesmus und Dysurie hören auf. Jedoch persistiert noch lange Zeit eine bedeutende Schwellung der Prostata. Dementsprechend ergibt auch eine am 11. März vorgenommene endoscop. Untersuchung eine starke Vergrösserung des colliculus. Derselbe ist in der Kuppe von hellgrauer, an der Basis von braunroter Färbung. Die Sinusöffnung ist gross, breit klaffend, jedoch nicht mehr ausdrückbar. Die Suppuration aus Samenblasen und Cowperschen Drüsen hat sistiert. Der Urin wird klar. Patient wird am 14. März entlassen. Die Kontrolluntersuchung am 29. März ergibt: Urin klar, Prostata atrophisch, vom linken Lappen nur noch eine Andeutung am Rand, rechter Lappen haselnussgross. Colliculus unbedeutend vergrössert, kugelig. Sinus klaffend, nicht hypertrophisch. Die übrigen Teile normal.

6. Prostatitis acuta purulenta des linken Lappens.

P. L. 40 Jahre alt. Ohne eruierbare Ursache (spez. nie Gonorrhoe) plötzliches Eintreten von Dysurie. Während früher die Miction vollständig unbehindert war, kann Patient seit acht Tagen nur kleine Portionen und unter grossen Schmerzen lassen. Mictionsfrequenz alle 1—2 Stunden.

Status am 6. September 1892. Der linke Prostatalappen ist doppelt so gross, als der rechte und der touchierende Finger fühlt, wie die Sonde ganz nach rechts vom vergrösserten linken Lappen vorbeigleitet. Die pars prostatica ist im Endoscop hochrot, leicht blutend. Colliculus feuchtglänzend, stark vergrössert. Grosse Schmerzen in Damm und After. Aus dem Sinus prostaticus fliesst dicker, gelber Eiter. Bei gleichzeitigem Druck auf die Prostata sieht man, wie derselbe in Menge aus dem Sinus abfliesst und das Endoscop füllt. Der Eiter enthält massenhafte Strepto- und Staphylokokken, keine Gonokokken. Trotz abundantem Eiterabfluss nehmen die Schmerzen zu. Die Stuhlverhaltung und starken Mictionsschmerzen mehren sich. Jedoch ist kein Fieber vorhanden. Am 20. September präsentiert sich dem touchierenden Finger im linken stark prominierenden Prostatalappen eine erweichte Stelle. Bei Einführung des Speculums in den Mastdarm quillt aus der genannten Delle eine Menge (4—5 Esslöffel voll) dicken, braungelben, stinkenden Eiters. Borspülung des Rectums und Einlegen eines Jodoformgasetampons in dasselbe. Patient fühlt sich jetzt erleichtert. Stuhl und Urin werden spontan entleert. Die Eiterung sistiert rasch. Entlassung mit normalgrosser Prostata, normaler Urethra, ohne Fistel am 24. September 1892.

Aetiologisches.

Bei dem heutigen Stande der bakteriologischen Forschung und den daraus resultierenden Anschauungen über die Entstehung akut eitriger Prozesse können wir uns mit der Annahme, dass eine akut eitrige Prostatitis auf idiopathischem Wege zu entstehen vermöge, nicht mehr begnügen. Es ist mehr als zweifelhaft, dass eine akut eitrige Entzündung der Prostata bloss durch Erkältung, Exzesse in baccho et venere, Masturbution, gewisse körperliche Anstrengungen, wie Velofahren und Reiten, ohne vorausgegangene Infektion der Drüse oder ihrer Nachbarorgane entstehen könne, oder dass sogar der Genuss reizender Substanzen, wie Canthariden, Cubeben, Kaffee, dieselbe hervorzurufen vermöge. Wir dürfen nicht ausser Acht lassen, dass auch die gesunde Urethra hie und da pathogene Organismen beherbergt, welche unter gewissen Umständen eine virulente Entzündung veranlassen können.

Ursachen, wie die oben angeführten, können höchstens als occasionelle oder prädisponierende Momente in Betracht kommen, indem sie die Drüse in einen Zustand von Hyperämie oder Kongestion versetzen, in welchem dieselbe für die Einwanderung solcher präexistierender, latenter Mikroorganismen leichter empfänglich ist. Wir sind berechtigt anzunehmen, dass auch in den Fällen, wo eine palpable Ursache scheinbar fehlt, die akute Prostatitis auf dem Wege der Infektion zustande kommt. Die Kenntnisse über die Bakteriologie der akuten eitrigen Prostataabszesse sind bis jetzt noch spärlich. Obschon die Gonorrhoe in der Aetiologie dieser Affektion die Hauptrolle spielt, scheint nach den bisherigen Untersuchungen der Gonokokkus sich selten im Eiter der abszedierenden Prostata zu finden, sondern es handelt sich gewöhnlich um Sekundär- resp. Mischinfektionen. Doch ist die pyogene Wirkung des Gonokokkus sicher erwiesen. Minet (61) findet in der Literatur nur zwei Fälle, wo sich Gonokokken im Eiter vorfanden. Diesen reiht sich aus unseren Krankengeschichten der Fall 2 an (Tab. II), wo ebenfalls typische Gonokokken im Prostataeiter konstatiert wurden. Am häufigsten treffen wir Staphylokokken an. Bei Patient R. J. (Tab. V) wurde Staphylokokkus pyogenes aureus kulturell nachgewiesen. Hier entwickelte sich aus der bestehenden chronischen Prostatitis eine akute Staphylokokkeneiterung der Vorsteherdrüse im Anschluss an einen streng antiseptischen endoskopischen Eingriff, was seine Erklärung darin findet, dass das Sekret der chronisch erkrankten Prostata und hinteren Urethra Staphylokokken beherbergte. Tuffier (80) konstatierte bei einem im Anschluss an Anthrax des Nackens auftretenden akuten Prostataabszess das ausschliessliche Vorhandensein von Staphylokokkus pyogenes aureus. Im Fall VI (Tab.) unserer Beobachtungen fanden sich neben Staphylokokken auch Streptokokken. Ausser den genannten Mikroorganismen sind noch Colibacillen (Albarran 1) Pneumokokken (Guillon 41) und eine anaërobe Form, der Bacillus perfringens (Cottet und Duval 14) nachgewiesen worden. Zum Entfachen eines entzündlichen Prozesses in der Prostata bedarf es aber gewöhnlich des Hin-

zutretens einer traumatischen Ursache, welche die bereits vorhandenen pathogenen Keime inokuliert. Hiebei spielen die oben erwähnten ursächlichen Momente eine Rolle. Aetiologisch lassen sich die akuten eitrigen Prostatitiden einteilen in solche urethralen Ursprungs, von benachbarten Organen, Blase, Rectum, fortgeleitete und solche haematogenen Ursprungs.

Die meisten akut eitrigen Prostatitiden sind urethraler Provenienz und stellen sich als Komplikation der Gonorrhoe dar. Nach Socin liefert die Gonorrhoe 90 % aller Fälle von akuter eitriger Prostatitis. Immerhin erscheint die akute Vereiterung der Prostata im Vergleich zu den vielfachen Folgeerscheinungen des Trippers als eine relativ seltene Komplikation. Die Anamnese ergibt in den meisten Fällen ein- oder mehrmaliges Vorkommen des Trippers, resp. das Vorhandensein einer chronischen Gonorrhoe. Verschiedene Umstände können beim Vorhandensein dieser Affektion das Eintreten einer akuten Eiterung in der Prostata begünstigen. Gonorrhoiker, welche ihrem Leiden keine Beachtung schenken, dasselbe mangelhaft oder gar nicht behandeln und auch in ihrer Lebensweise auf ihre Affektion keine Rücksicht nehmen, sind der Gefahr einer akuten Prostatitis ausgesetzt. Durch äussere Reize, wie sexuelle und alkoholische Exzesse, traumatische Einwirkungen wie Velofahren, Reiten, überhaupt forcierte Bewegungen kann der Entzündungsprozess der Urethralschleimhaut auf die Prostata übergreifen. Gelegentlich trägt neben unzweckmässiger Lebensweise eine unzweckmässige Tripperbehandlung an der Komplikation Schuld. So kann während des akuten Stadiums der Gonorrhoe durch forcierte oder stark kaustische Injektionen die Entzündung hervorgerufen werden. Du Clerc Dandoy (25) warnt besonders vor zu voluminösen Injektionen (höchstens 15 cm^3 aufs mal). Das grösste Kontingent stellt die chronische Urethritis posterior und deren direkte Folgezustände, Stricturen etc. Abgesehen von den oben angeführten äusseren Schädlichkeiten sind es hier oft therapeutische Massnahmen wie Sondierungen, Katheterismus, Cauterisation mit konzentrierten Lösungen,

welche die Entzündung der Prostata hervorrufen. In vorantiseptischer Zeit sah man die Urethrotomia interna und externa sich oft mit Eiterungen der Prostata komplizieren. Aber auch ohne vorausgegangene oder bestehende Gonorrhoe kommt die Affektion vor. So wurde sie gelegentlich, obschon dies selten der Fall zu sein scheint, als Komplikation bei Sondenkuren und Einlegen von Verweilkatheter beobachtet (Dubuc 24) (Loumeau 56).

Von benachbarten Organen sind Blase und Rectum zu nennen, welche unter Umständen durch fortgeleitete Entzündung die Prostata in Mitleidenschaft ziehen. Infektiöse Prozesse der Blase, die sich auf das sie umgebende Zellgewebe fortpflanzen, zu Pericystitis und retrovesicaler Phlegmone führen, können auch die Vorsteherdrüse und deren bindegewebigen Hüllen ergreifen. Das Rectum kann ebenfalls die Quelle akuter prostatischer und periprotastischer Eiterungen abgeben. Entzündliche, vereiternde Hämorrhoiden, geschwürige Prozesse des Mastdarms, Verletzungen desselben und eingedrungene Fremdkörper, Periproktitis, Rectalfisteln haben zuweilen die Komplikation im Gefolge, sei es, dass zuerst das retroprostatische Bindegewebe von der entzündlichen Infiltration betroffen wird und diese sich auf die Vorsteherdrüse fortsetzt, sei es, dass die Entzündung durch die Lymphbohnen oder Venenanastomosen den Weg zur Drüse findet. Akute Prostataabszesse hämatogenen Ursprungs sind im allgemeinen selten. Es wurden solche beobachtet im Verlauf von Variola (Pastureau 64); Pneumonie (Reverdin Rev. med. d. l. Suisse rom. 1897), Influenza (Franke 29), Furunkulosis (Tuffier 80), Pyämie (Socin 87). Ausser bei Pyämie sah Socin die akute eitrige Prostatitis auch bei Typhus wiederholt auftreten.

Pathologisch-anatomisches.

Bezüglich der pathologischen Anatomie verweise ich auf die Zusammenstellung zahlreicher Sektionsprotokolle aus der Literatur von Segond (76) und neuerdings von Minet (61).

Zu pathologisch-anatomischen Untersuchungen akut eitriger Entzündungen der Prostata bietet sich selten Gelegenheit. Die pathologischen Veränderungen werden verschieden sein, je nachdem der Prozess sich mehr auf die Drüsensubstanz beschränkt oder sich auf das Zwischengewebe erstreckt. Im ersten Falle haben wir das Bild der akuten eitrigen follikulären, im zweiten das der eitrigen interstitiellen Prostatitis. Die akute eitrige Folliculitis charakterisiert sich durch Erweiterung der Acini und Drüsengänge, welche mit Epithel und Eiterzellen angefüllt sind. Das Epithel der Kanäle und Acini enthält massenhafte Rundzellen. Bei der eitrigen interstitiellen Entzündung, sei es, dass diese sich aus der Folliculitis bildet oder von Anfang an als solche auftritt, kommt es zur zelligen Infiltration des periglandulären Zellgewebes. Diese Infiltration führt, wenn nicht Resorption eintritt, zur eitrigen Einschmelzung des Gewebes und Bildung miliarer interstitieller Abszesse. Durch Verschmelzung solcher multipler Eiterherde und Durchbruch entzündeter Acini entstehen die grossen Abszesse, welche entweder einen ganzen Lappen oder die gesamte Drüse einnehmen. Es besteht also zwischen diesen und den miliaren Abszessen nur ein gradueller Unterschied. Je nach der Verlaufsweise wird nun der Befund ein verschiedener sein. Kommt es zum Durchbruch in die Harnröhre, was am häufigsten der Fall ist, so findet der Eiter den Weg dahin entweder durch die Drüsengänge, aus welchen wir ihn mit dem Urethroscop hervorquellen sehen können, oder es erfolgt ein mehr oder weniger ausgedehnter geschwüriger Zerfall der betreffenden Harnröhrenpartie, welche die Kommunikation zwischen Urethra und Abszesshöhle herstellt. Durchbricht der Eiter die fibröse Kapsel der Drüse, so kann der Prozess zu circumscripten oder diffusen Pflegmonen in der Umgebung der Drüse führen: Periprostatische Phlegmonen mit Durchbruch in Mastdarm, Perineum, Cavum Ischio-Rectale etc.

Symptome und Verlauf.

Der Eintritt einer akuten eitrigen Entzündung in der Prostata manifestiert sich verschieden je nach der Intensität und Extensität des Prozesses. Die Symptome von seiten des Harnapparates beherrschen in erster Linie das Bild: Häufiger, überaus schmerzhafter Harndrang bis zur völligen Harnretention. Zunehmender Druck und Schmerz in Damm und After. Grosse Schmerzen bei der Defäcation. Der Sphinkter ani umschliesst krampfhaft den touchierenden Finger. Die Prostata ist druckempfindlich und vergrössert, sei es in einem der beiden Lappen oder in toto, zuweilen höckerig. Die Temperatur kann bis zu 39 oder 40 Grad steigen. Sie kann aber auch normal sein (vergl. Fall I, II und VI der Tab.). Besonders bei unserer sechsten Beobachtung ist das Fehlen von Fieber trotz der grossen Ansammlung von Eiter in der Prostata auffallend. Das Allgemeinbefinden ist schlecht. Im günstigsten Falle kommt es nun, nachdem diese Erscheinungen mehrere Tage gedauert, zum Durchbruch in die Harnröhre und der Kranke ist erleichtert. Das Gleiche ist der Fall nach spontanem Durchbruch ins Rectum oder operativer Eröffnung des Abszesses. In schweren Fällen jedoch kommt es zur periprostatischen Phlegmone. Dann steigern sich die oben erwähnten Symptome. Hohes Fieber und Schüttelfröste künden den Eintritt einer diffusen Phlegmone an. Gelangt diese zum spontanen Durchbruch oder wird sie incidiert, so kann mit oder ohne Fistelbildung, teilweiser oder totaler Destruktion und Schrumpfung der Vorsteherdrüse Heilung eintreten. Oder aber es erfolgt tödliche Pyämie, Septikämie, Peritonitis. Wir treten hier auf diese schweren Fälle und deren Ausgang nicht näher ein. Dieselben sind u. a. in den Monographien von Segond und neuerdings von Minet eingehend besprochen. In den hier zur Publikation gelangenden Beobachtungen von Prostatitis suppurativa brach der Eiter in die Urethra durch, das eine Mal zugleich in den Mastdarm. Es ist dies ein neuer Beweis für die Häufigkeit des urethralen Durchbruchs der Prostatitis suppurativa. Lafonts (52) Statistik, die sich teils auf

Segond und Campenon, teils auf eigene Beobachtungen basiert, berechnet 73 urethrale auf 104 spontane Durchbrüche. Diese Häufigkeit des urethralen Durchbruchs findet zum Teil ihre Erklärung in den anatomischen Verhältnissen, indem die Urethra dem prostatischen Abszess geringeren Widerstand leistet, als die derbe fibröse Kapsel der Drüse. Bei unsern Kranken entleerte sich der Eiter durch die Ausführungskanäle der Prostata. In einzelnen Fällen konnte man durch das Urethroscop das Hervorströmen des Eiters aus dem Sinus prostaticus deutlich beobachten. Die Entleerung des Eiters war eine vollständige und von mehr oder weniger rascher Abnahme des vergrösserten Prostatalappens gefolgt. Fall V zeigte nach Ablauf des Prozesses Atrophie der Prostata. Geschwüriger Zerfall der dem Abszesse naheliegenden Harnröhrepartie trat nicht ein, die Schleimhaut der pars prostatica zeigte nach eingetretener Heilung normale Verhältnisse. Reverdin (70) nimmt an, dass in denjenigen Fällen, wo der spontane Durchbruch in die Harnröhre von rascher, unkomplizierter Heilung gefolgt ist, es sich um wenig voluminöse, mehr submucöse Abszesse handle. Dies dürfte für die meisten derart günstig verlaufenden Abszedierungen richtig sein. In den hier aufgeführten Fällen partizipierte jedoch der grösste Teil der Drüse, bald der rechte, bald der linke Lappen, und der Eiter liess sich aus den verschiedensten Teilen der Drüse ausdrücken. Eine vorwiegende Beteiligung des Drüsengewebes ist in Fall II anzunehmen, wo sich die Prostata unregelmässig höckerig anfühlte, was mehr auf Ergriffensein der Follikel schliessen lässt. Fall VI zeigt trotz Aufbruchs in die Harnröhre einen progredienten Charakter, indem die tieferen Partien der Prostata gegen den Mastdarm hin ebenfalls der eitrigen Einschmelzung anheimfielen. Bei der Einführung eines Speculums in das Rectum erfolgte der spontane Durchbruch in dieser Richtung. Die stürmischen Symptome liessen darauf rasch nach und in kürzester Zeit trat Heilung ein (ohne Fistelbildung). Fall II und V komplizierten sich mit eitriger Spermotocystitis und Cowperitis. Dieses Vorkommnis ist übrigens häufig bei Prostatitis. Colombini (13) hat unter 53 Vesiculi-

tiden nach Gonorrhoe nur fünf gefunden, die nicht zugleich mit Prostatitis kombiniert waren. Es erklärt sich dies aus den Beziehungen der Lymphgefässe dieser Organe, indem das die Prostata umgebende Lymphnetz sich mit dem der Samenblasen anastomosiert.

Diagnose.

Die Diagnose der akuten Prostatitis suppurativa bietet bei Berücksichtigung der Anamnese, der subjektiven Symptome, sowie des durch die kombinierte Untersuchung von Mastdarm und Urethra aus gewonnenen Resultats keine wesentlichen Schwierigkeiten. Der Eintritt der akuten Vereiterung signalisiert sich meist durch Fieber, bisweilen durch Schüttelfröste, ferner durch starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, heftige, pulsierende Schmerzen in Anus und Perineum, Dysurie, oft vollständige retentio urinae, Tenesmus in Blase und Mastdarm. Bei der Palpation vom Mastdarm aus fühlt der Finger die heisse, druckempfindliche, vergrösserte und harte Prostata. Ist bereits eitrige Einschmelzung erfolgt, so konstatiert der Finger in der harten Drüse eine oder mehrere weiche, eindrückbare Stellen, oder aber, wenn schon ein grösserer Abszess da ist, deutliche Fluctuation. Ausser der Rectaluntersuchung, die uns über die Volumszunahme der Prostata, über den Sitz der Eiterung und über den Zustand der Nachbarorgane orientiert, erweist sich die endoscopische Untersuchung als sehr wertvoll. Es ist dies besonders da der Fall, wo es sich um kleinere, gegen die Urethra hin gelegene Eiterherde oder submucöse Abszesse handelt, welche von dem ins Rectum eingeführten Finger durch die ganze übrige Drüse getrennt und somit der Rectaluntersuchung nicht zugänglich sind. Das endoscopische Bild ist ein charakteristisches. Wie wir besonders bei Fall VI sehen, ist bei Prostatitis phlegmonosa die Schleimhaut der pars prostatica stark gerötet bis bläulich, bei geringster Berührung blutend. Der colliculus seminalis ist stark vergrössert, gequollen, feuchtglänzend. Ist die Suppuration bereits eingetreten, so sieht

man wie bei Druck auf die Prostata der Eiter aus dem sinus prostaticus sich ergiesst. Die Differenzialdiagnose bezieht sich teils auf andere Krankheiten der Prostata, teils auf Affektionen der Nachbarorgane.

Für die Unterscheidung von Prostatitis chronica fällt in Betracht, dass hier einmal die subjektiven Symptome nicht so intensiv und stürmisch sind, wie bei akuter eitriger Entzündung, sondern mehr dem Krankheitsbild der chronischen Gonorrhoe entsprechen. Der Verlauf ist ein protrahierter. Es besteht gewöhnlich kein Fieber. Per anum konstatiert man allerdings auch immer eine schmerzhafte Vergrösserung der Prostata. Allein der Schmerz bei der Palpation, Tenesmus und Defäcationsschmerz sind nicht so hochgradig. Es fehlt der Nachweis von Fluctuation. Im endoscopischen Bild zeigen sich die durch die Entzündung hervorgerufenen Veränderungen der mucosa part. prostat. und des colliculus nicht so accentuiert wie wir sie bei der akuten eitrigen Prostatitis gesehen haben. Ausserdem fällt die Untersuchung des für die chronische Prostatitis charakteristischen Prostatasekrets ins Gewicht. Die chronische Prostatitis führt bei längerer Dauer auch zur Bildung von Abszessen in der Drüse. Dann können sich die gleichen Symptome einstellen wie bei der akuten eitrigen.

Die Prostatahypertrophie kann diagnostisch ebenfalls in Frage kommen, indem sie durch vermehrte Mictionsfrequenz, Tenesmus, Dysurie, plötzlich einsetzende Harnverhaltung, ähnliche Symptome hervorruft. Das Auftreten solcher Symptome bei älteren Individuen wird zwar von vorneherein den Gedanken an Prostatahypertrophie nahelegen, doch ist die Vereiterung der Prostata mit oder ohne bestehende Hypertrophie auch im höheren Alter kein so seltenes Vorkommnis. Die kombinierte Untersuchung wird in den meisten Fällen Klarheit verschaffen. Bei einfacher Hypertrophie haben wir es mit einer beinahe schmerzlosen Vergrösserung der Drüse zu tun. Mit der in die Urethra eingeführten Sonde konstatieren wir eine namhafte Verlängerung der ganzen Urethra, die stets über 20 cm beträgt und für Hypertrophie charakteristisch ist. In zweifelhaften Fällen wird das Endoscop Klar-

heit verschaffen. Nach Professor Burckhardt (87) sind die Bilder, welche das Cystoscop bei Prostatahypertrophie zeigt, durchaus typisch. Bei vorgeschrittener Hypertrophie sieht man an der Stelle der Uebergangsfalte des orificium urethrae internum, welche normalerweise einen geraden oder leicht concaven, glatten, zarten Saum bildet, grosse Wülste oder Höcker. Ebenso ist die für Prostatahypertrophie pathognomonische trabeculäre Beschaffenheit der Blasenwand zu erwähnen. Der Colliculus seminalis ist meist klein und atrophisch, während er bei akuter eitriger Prostatitis gequollen, vergrössert erscheint.

Zur Unterscheidung von Tuberkulose der Prostata ist im Auge zu behalten, dass bei dieser Affektion gewöhnlich auch tuberkulöse Veränderungen in anderen Organen, besonders aber im Urogenitalapparat, zu konstatieren sind. Der tuberkulöse Prozess der Prostata ist überdies meist latent. Kommt es zur Abszessbildung mit Durchbruch in die Harnröhre, so treten jedoch ebenfalls erhebliche klinische Symptome auf. Die mikroskopische Untersuchung des dicken, käsigen Eiters wird in solchen Fällen meistens die Natur der Krankheit klarlegen, besonders, wenn es noch gelingt, Tuberkelbacillen nachzuweisen.

Maligne Neubildungen manifestieren sich durch ein- oder doppelseitige harte Tumoren, welche dem Organ eine höckerige, knollige Beschaffenheit verleihen. Bei beginnender Prostatitis acuta suppurativa vor Eintritt der eitrigen Einschmelzung fühlt sich die Drüse allerdings auch stark vergrössert und hart, ja bisweilen sogar höckerig an. Doch ist eine Verwechslung mit maligner Neubildung wohl nicht leicht möglich. Denn abgesehen von der Anamnese werden die durch die Entzündung hervorgerufenen charakteristischen Symptome, die Beschaffenheit des Prostatasekrets, das Resultat der endoscopischen Untersuchung Klarheit verschaffen. Auch ist im Auge zu behalten, dass die Entwicklung maligner Tumoren neben den Störungen lokaler Natur auch eine Beeinträchtigung des ganzen Organismus, Abmagerung, Kräftezerfall, Kachexie etc. zur Folge hat.

Bei den Cysten der Prostata handelt es sich um prallelastische oder fluktuierende Tumoren ohne alle entzündlichen Erscheinungen. Diese sind meist klein und bedingen keine Mictionsstörungen. Grössere gegen die Urethra oder die Blase hin sich ausdehnende Cysten sind endoscopisch an ihrer Transparenz, ihrer kugeligen Gestalt und charakteristischen graurötlichen oder graubläulichen Farbe leicht zu erkennen. In zweifelhaften Fällen gibt die Probepunktion Aufschluss.

Steine der Prostata können durch allmähliche Volumszunahme oder durch Verstopfung von Drüsengängen eine Vergrösserung der Prostata und akute komplete oder inkomplete Harnverhaltung mit heftigen Reizerscheinungen hervorrufen. Die Palpation vom Mastdarm aus wird aber das Vorhandensein von Concrementen an der Härte oder falls die Steine einander berühren, an dem eigentümlichen Reibegeräusch erkennen lassen. Der Abgang von Concrementen mit dem Urin, der Nachweis eines harten Körpers im prostatischen Teil der Harnröhre mittelst der Metallsonde lassen keinen Zweifel übrig. Es kann aber auch der Fall eintreten, dass vorhandene Prostataconcremente durch Läsion der Drüsengänge und nachfolgende Infektion eine akute eitrige Prostatitis hervorrufen, vergl. Godlee (32).

Von Affektionen der Nachbarorgane, welche ähnliche Erscheinungen hervorrufen, wie die eitrige Prostatitis, sind zu nennen Urethritis und Strikturen der hinteren Harnröhrenpartie, Cowperitis, Periproctitis. Urethritis und Strikturen werden durch Sonde und Urethroscop, kombiniert mit der Rectalpulpation als solche erkannt. Bei akuter Entzündung der Cowperschen Drüsen lässt sich am Damm eine ovale oder spindelförmige schmerzhafte Geschwulst nachweisen.

Bei Infiltration und Abszessbildung im periproctalen Gewebe wird, solange die Prostata nicht an der Entzündung partizipiert, die Harnröhre für den Katheter leicht passierbar sein und im Endoscop nicht die für Prostatitis charakteristischen Veränderungen zeigen. Der palpierende Finger fühlt im Mastdarm eine diffuse Schwellung ohne ab-

grenzbare Contouren. Setzt sich die Entzündung auch auf die Prostata fort, so treten die hiefür typischen Symptome seitens des Harnapparates hinzu.

Therapie.

In der Behandlung der akuten Prostatitis nimmt, solange das Vorhandensein einer Abszedierung nicht sicher steht, die lokale Antiphlogose den ersten Platz ein. Die deutschen Autoren wenden vorzugsweise die Kälte an, in Form der Eisblase auf den Damm, durch Einschieben von Eisstückchen in den Mastdarm oder durch kalte Irrigationen (Arzbergerscher Kühlapparat) ins Rectum. Die Franzosen bevorzugen heisse Spülungen des Rectums (bis zu 55 ° C.), Kataplasmen auf den Damm und warme Sitzbäder. Nach der Erfahrung Socins hat die Anwendung grosser warmer Wasserklystiere eine günstige Wirkung auf die Schmerzen und befördert die Stuhlentleerung. Ob aber eine bereits eingetretene infektiöse Entzündung durch lokale Antiphlogose, Blutentziehungen, durch verschiedene resorbierende Mittel, wie dieselben noch vielfach zur Anwendung kommen, rückgängig gemacht werden können, hält er für fraglich. Bettruhe, Regelung der Diät, Sorge für ausgiebigen Stuhl sind unbedingt erforderlich. Um die grosse Schmerzhaftigkeit zu lindern, kommt lokale oder subcutane narkotische Medikation zur Anwendung. Teilweise oder komplete Harnretention wird durch den Katheter behoben, wobei am besten ein dünner weicher Nelatonscher oder ein weicher Mercierscher Katheter zur Anwendung gelangt. Sind die Schmerzen hochgradig, so empfiehlt es sich, die Urethra vorher zu cocainisieren (mittelst Ultzmannscher Katheterspritze). Bei sehr schwieriger und öfters notwendiger Katheterisierung wird man unter Umständen zum Verweilkatheter greifen müssen; eventuell kann die Blasenpunktion nötig werden, welche unter antiseptischen Cautelen keine Gefahr in sich birgt. Die Therapie erhält, abgesehen von der Rectaluntersuchung, wie wir aus unseren Krankengeschichten ersehen,

eine wertvolle Direktive durch die endoscopische Untersuchung. Von ihrem Ergebnis mag oft das weitere Vorgehen abhängen. In den aufgeführten Fällen ermöglichte dieselbe ein exspectatives Verhalten. Durch das Endoscop liess sich konstatieren, dass der Eiter den Weg durch die Ausführungsgänge der Drüse gefunden hatte und dass dieser Durchbruch ohne Destruktion der betreffenden Harnröhrenpartie erfolgt war. Der Abfluss des Eiters wurde durch vorsichtiges Ausdrücken der Prostata befördert. Die damit verbundene stete Volumsabnahme der Prostata enthob uns weiterer chirurgischer Eingriffe. Die übrige Behandlung bestand in häufiger künstlicher Entleerung der Blase und daran anschliessende vorsichtige Blasen- und Urethralspülungen mit Borlösung, Instillationen von ein- bis dreiprozentigem Argent. nitric. oder dreiprozentigem Sublimatalkohol in die hintere Urethra. Daneben wurde für regelmässige Stuhlentleerungen gesorgt und zur Stillung der Schmerzen in Damm und After Opiumsuppositorien appliziert, die Resorption nach Ablauf der akuten Symptome durch Ichthyol und Jodkalisuppositorien befördert. Die Heilung nahm in den unkomplizierten Fällen zwei bis drei Wochen in Anspruch, während bei den gleichzeitig an Vesiculitis und Cowperitis leidenden Patienten dieselbe nach sechs bis zehn Wochen eintrat (vergl. Tab.). In allen Fällen, wo der Durchbruch in die Harnröhre oder den Mastdarm nicht schon sehr frühzeitig erfolgt oder wo trotz des Durchbruchs die bedrohlichen Symptome fortdauern, tritt die chirurgische Intervention in ihr Recht. Eine konservative Behandlung würde die Patienten nicht nur den grossen Gefahren einer Ausbreitung des phlegmonösen Prozesses auf die Umgebung, sondern auch den langwierigen Folgen einer offenen Kommunikation der Abszesshöhle mit Harnröhre und Mastdarm aussetzen. Sobald es feststeht, dass die Eiterung in der Prostata sich etabliert hat, was mit Sicherheit anzunehmen ist, wenn unter andauerndem Fieber die anfänglichen Symptome sich steigern, die Prostata an Volumen zunimmt und an einzelnen Partien sich erweichte Stellen oder sogar deutliche Fluctuation konstatieren lassen, wenn zugleich

mit dem Urethroscop ein unmittelbar bevorstehender oder bereits erfolgter Durchbruch ausgeschlossen werden kann, soll dem Eiter Abfluss verschafft werden. Aber auch nach bereits erfolgtem Durchbruch darf mit der Operation nicht gezögert werden, wenn die Temperaturen trotzdem fortgesetzt hoch sind, wenn Schüttelfröste eintreten und das Allgemeinbefinden sich verschlechtert, wenn die Schmerzen in Mastdarm und Perineum zunehmen, die Ischurie und Dysurie nicht nachlassen und sich Tendenz zu Periprostatitis und diffuser Phlegmone zeigt. Das Normalverfahren für die Eröffnung der Prostataabszesse ist die zuerst von Dittel und Segond, später von Reverdin, Zuckerkandl u. a. genau präzisierte und geübte Freilegung der Prostata durch prärectalen Schnitt und Ablösung der vorderen Rectalwand, auf deren Technik hier nicht weiter eingegangen wird. Ein operatives Vorgehen von der Harnröhre aus ist nicht zu empfehlen und könnte nur dann in Frage kommen, wenn ein nach dieser Richtung zum Durchbruch tendierender kleiner Abszess durch das Endoscop diagnostiziert wird. Die Eröffnung müsste unter Führung des Endoscops stattfinden. Auch die rectale Methode, welche besonders noch in Casper und Routier (s. Lafont 53) ihre warmen Befürworter findet, kann höchstens bei kleinen, frühzeitig gegen den Mastdarm prominierenden Abszessen ihre Berechtigung haben. Die Nachteile derselben gegenüber der perinealen Methode sind schon von Segond (77) und neulich von Minet (61) in überzeugender und klarer Weise dargelegt worden.

Prognose.

Die akute eitrige Prostatitis stellt immer eine ernste Erkrankung dar. Die Ausbreitung des entzündlichen Prozesses in der Umgebung, namentlich gegen das Peritoneum hin, bedingt für den Patienten eine direkte Lebensgefahr. Die Kommunikation eines durchgebrochenen Abszesses mit Blase, Urethra oder Mastdarm hat Cystitis, langwierige und er-

schöpfende Eiterungen und Fistelbildung zur Folge. Der Schwund der Drüse stellt die Zeugungsfähigkeit des Individuums in Frage. Durch rechtzeitige Erkennung der Affektion und frühzeitig eingeleitete zweckmässige Therapie kann jedoch dem möglichen schlimmen Ausgang vorgebeugt werden. Der spontane Durchbruch kleiner, superficieller Abszesse in die Harnröhre oder die Entleerung centraler Eiterherde durch die Drüsenkanäle der Prostata pflegt allerdings, wie wir aus unseren Beobachtungen ersehen, bei geeigneter Behandlung und genauer Ueberwachung ohne Komplikationen zu erfolgen. In allen anderen Fällen bringt jedoch nur die frühzeitige Operation und zwar vom Damme her rasche Heilung und schützt den Kranken vor den gefährlichen Komplikationen.

Literatur.

1. **Albarran,** Art. „Abscès de la Prostate." Traité de chir. Le Dentu et P. Delbet t. IX.
2. **Augustin,** Beobachtung einer hartnäckigen Harnverhaltung durch Entzündung und Vereiterung der Prostata veranlasst. Berlin 1835.
3. **Ballou,** Acute Prostatitis and prostatic abscess. N. York Med. Journ. 1891, L. IV, 99 S. a N. York.
4. **Barbacci,** Prostatite supp. da bact. coli com. Speriment. Firense 1892, 285.
5. **Beck, B.,** Ueber acute eitrige Prostatitis. Memorab. Heilbr. 1881. N. F. 129.
6. **Borella,** Acesso prostatico acuto periuretr. Gaz. d'osped. 1893. XIV. 1827.
7. **Buck B.,** Ueber acute eitr. Prostat. S. A. aus Betz's Memorab. 1881. III. Heft.
8. **Casper,** Prostataabscess, phlegmonöse Periprostatitis und Phlebitis paraprostatica, Berl. clin. Wochenschrift 1895. XXXII. 21.
9. **Cheewer, Dr. W.,** Prostatitis and abscess. Boston Med. and S. Journ. 1879. C. 738.
10. **Civiale,** Suppuration et abscès d. l. prostate. Bull. de Ther. 1845. Avril.
11. **Idem,** Aperçu prat. sur la suppuration et les abscès d. l. prostate. Bull. de therap. 1848. XXXIV. 337.
12. **Collinet,** Urethrite chron., abscès d. l. prostate, peritonit. mortelle. Arch. d. med. et Pharm. mil. 1888. S. a. Annal. des malad. des org. génito-urin. 1888. 745.
13. **Colombini,** Della frequenza della prostatite. Il Policlinico. 1895.
14. **Cottet et Duval,** Notes sur un cas de suppuration prostatique et periprost. Annales des malad. des org. génito-urin. 3. 1900.
15. **Dandolo,** Intorno ad un ascesso acuto della prostata. Gaz. medic. lomb. Milano 1891. L. 235.
16. **Demarquay,** Observation de phlegmon prostatique. Gazz. des hôpit. 1856. 154.
17. **Idem,** Fistule urethro-rectale, suite d'abscès d. l. prostate. Union Medic. 1874. Nr. 79.
18. **Descubes A.,** Etude sur les abscès de la prostate. Thèse, Paris. 1866.
19. **Desnos,** Phlegmon periprostatique, foyer anormal de suppuration. Union Medic. Paris. 1888. XLVI. 649.

20. **Desormeaux,** Abscès metastatique d. l. prostate sur un sujet mort d'infection purulente. Soc. d. chir. Séance du 1. V. 1861.
21. **v. Dittel,** Abscessus prostatae post gonorrhoeam. Spaltung nach Ablösung des Mastdarms, Heilung. Aerztl. Bericht aus d. allg. Krankenhause. Wien 1883—84. 311.
22. **Idem,** Die Ablösung des vorderen Mastdarmwand. Wien. Med. Wochenschrift. 1874. Nr. 16.
23. **Idem,** Ueber Prostataabscesse. Sep.-Abdr. a. d. Wien. clin. Wochenschr. 1889. Nr. 21—23.
24. **Dubuc,** Abscès de la prostate. Soc. d. med. Paris. 1893.
25. **Duclerc-Dandoy,** Journ. Medic. de Brux. 14. VI. 1900.
26. **Estor,** Un cas de prostatite suppurée. Gaz. hebd. d. Sc. med. de Montpellier. 1889. XI. 301.
27. **Eustache,** Note sur deux cas d'abscès chauds de la prostate chez les viellards. Journ. d. sc. med. de Lille 1880. II. 688.
28. **Fairbault,** Des abscès chauds de la prostate et du phlegm. periprostatique. Gaz. med. de Montréal. 1891. I. 289.
29. **Franke,** Centralbl. f. d. Krankh. der Harn- und Sexualorgane. 1896.
30. **Gaufernand,** Abscès de la prostate. Arch. gen. 1831. 109.
31. **Gazil,** Abscès de la prostate. Thèse Montpellier. 1855.
32. **Godlee,** A case of prostatic abscess. Lancet, London. 1880. I. 243.
33. **Gosselin,** Abscès prostatiques dans le cours de la blennorrhagie. Gaz. des hôp. 1867. 583.
34. **Idem,** Phlegmons et abscès de l'anus. Art du Dict. de med. et de chir. pr. t. II. 1865.
35. **Idem,** Cliniques chirurgic. de l'hôp. d. l. Char. 3. éd. t. II. Paris. 1879.
36. **Gross,** La prostatite supp. et l'infiltr. urin. Leç. de clin. chir. Paris 1880. 8°. 186.
37. **Guepin,** Prostatite aiguë loc. (furoncle de la prostate). Rev. gen. d. clinique et de therap. Paris. 1896. X. 515.
38. **Guiard,** Traitem. de suppur. prostatiques Annales d. malad. des org. génito-urin. Nr. 12. 1899.
39. **Idem,** Note sur un cas d'hémorrhagie à la suite de l'incision d'un abscés prostatique. Annales d. mal. d'org. génito-urin. Nr. 12. 1899.
40. **Guilain,** Contribution à l'étude des abscès prostat. et periprost. par l'incision perinéale. Thése de Paris. 4°. 1885.
41. **Guillon,** Abscès de la prost. à pneumocoques. Ref. in Monatsber. d. Harn- und Sexualorg. 1899 n. d. franz. Urolog. Kongress.
42. **Guitéras,** A case of suppur. prostatitis. N. York acad. of med. gen. sect. 10. Jan. 1899.
43. **Guyon,** Suppur. de la prost. et pyohémie. Annales d. mal. d. org. génito-urin. Paris. 1884. II. 522.
44. **Idem,** Prostatite aiguë supp., anurie, pyohémie, mort. Gaz. d'hôp. Paris. 1884. LVII. 451.

45. **D'Haenens,** Un cas des prostatite parenchymateuse prise pour un cas de pyelo-nephr. Soc. belg. d'urolog. 1901. 3 févr.
46. **Idem,** Effects du massage inconsidéré de la prostate. Cercle med. de Brux. 1901. 11. Febr.
47. **Harte,** Prostatitis and prostatic abscess. Univ. M. Mag. Philad. 1889—90. II. 530. S. a J. Am. M. assoc. Chicago. 1890. XV. 247.
48. **Hanau,** Ueber einen Fall von eitriger Prostatitis bei Pyämie, als Beitrag zur Lehre von den Ausscheidungskrankh. (aus dem pathol. Instit. Zürich). Ziegler & Nauwerks Beitrag zur path. Anat. 1889. IV. 505.
49. **Heigel,** Mitteil. aus der Praxis. Abscess der Prostata. Ischurie. Hoher Blasenstich. Heilung. Wien. Allg. med. Zeitg. 1874. XI.
50. **Kirmisson,** Abscès de la prostate ayant déterminé conséc. un rétrécissem. du rectum. Gaz. med. d. Paris. 1897. 10. XII.
51. **Knight,** A case of large prostatic abscess. Arch. med. N. Y. 1883. IX. 202.
52. **Lafont,** Traitem. des abscès de la prostate par l'incision rectale. Thèse d. Paris 1895. Juillet 26.
53. **Laforgue,** Inflammation aiguë et abscès de la prostate. Arch. gén. 1842. 78.
54. **Lang,** Prostataabscess, zahlreiche Comedonennarben. Jahrb. d. Wien. k. k. Krankenanstalt. 1895. Wien und Leipzig 1897. IV. 111.
55. **Lindsay,** Med. and surg. reporter 1896.
56. **Loumeau,** Cancer de la verge et abscès de la prostate. Policlinique de Bordeaux. 1899. p. 150.
57. **Lundsberg,** Cystitis acuta, abscessus prostatae. Tidskr. i. mil. Helsor. Stockholm. 1884. IX. 431.
58. **Maunder,** Two cases of idiopathic abscess of de prost. gland Lancet. 1866. I. 16.
59. **Mayet,** Prostatite glandulaire supp. Annales gén.-urin. 1896.
60. **Made,** On inflammation and abscess of the prostate gland. Med. Times an Gaz. 1860. Okt. 20.
61. **Minet,** Les suppur. prostatiques et periprost. (formes et traitem.) Thèse Paris. 1901.
62. **Noguès,** Prostatite blennorrhagique phlébite des plexus periprost, sympt. d'infect. purul. Guérison. Ann. gén.-ur. Mai 1891. Nr. 5.
63. **Olive,** Abscès de la prostate, suite de cystite cantharidienne. Un. med. 1866. 104.
64. **Pastureau,** Des abscès de la prostate. Thèse. Paris. 1872.
65. **Perrin,** Prostatite suppurée, compliquée de perfor. de l'urèthre et de cystite purul. Operation. Rev. med. d. l. Suisse rom. 1890. X. 431.
66. **Picard,** Note sur les inflammation et abscès de la prostate. Paris. 1875.
67. **Pollak,** Ein Fall von Cowperitis und Prostatitis suppur im Anschluss an Blenorrh. acuta. Perinealschnitt. Heilung. Wien, med. Presse. 1891. XLIX. Centralbl. f. Chir. 1892. VI. 127.

68. **Poncet,** Traitem. des abscès phlégmoneux prostat. Prov. med. Lyon. 1897. II. 417.

69. **Reverdin J.,** De l'incision perin. dans la prostatite suppurée. Rev. med. d. l. Suisse rom. Genève. 1891. XI. 5. 187.

70. **Idem,** Prostatite suppur., incision perinéale perirectale. Guérison rapide. Rev. med. d. l. Suisse rom. Genève. 1891. Mars Nr. III.

71. **Routier,** Des abscès de la prostate et de leur traitem. Sem. med. Paris. 1894. XIV.

72. **Idem,** Causes et traitem. des abscès chauds de la prostate. La Presse med. Nr. 13. 1900.

73. **Sands,** Acute Prostatitis follow. the introduction of a sound. Med. Rec. N. Y. 1880. XVIII. 273.

74. **Schmidt,** Ein Fall von Entzündung der Vorsteherdrüse. Bayr. ärztl. Intelligbl. 1868. 45.

75. **Schultz,** On the traitement of ac purul. Prostatitis. Vratsch. St. Petersburg. 1897. XVIII. 36.

76. **Segond,** Des abscès chauds d. l. prost. et du phlegm. periprost. Paris. Thèse. 1880.

77. **Idem,** Des avantages de l'incision perinéale dans le traitem. des suppur. prostatiques et periprost. Bull. et mem. Soc. de chir. de Paris. 1885. N. S. XI. 532.

78. **Settier,** Absceso acuto de la prostata seguido de retencion completa d'orina. auracian. Sigl. Med. Madrid. 1884. XXXI. 809.

79. **Thompson,** Acute traumat. Prostat. of external origin, involv. the bladder and semin. vesicles. N. Y. Med. Journ. 1900. Juli.

80. **Tuffier,** Infection généralisée à staphylocoque doré avec abscès prostatique. Rev. d. chir. 1895.

81. **Tüngel,** Zwei Fälle von ac. Phlegm. d. Pr. Berl. kl. Wochenschrift. 1880. XVII. 161.

82. **Vaughan,** Prostatic and ischiorectal abscesses follow. by pyämie-sympt. but term. favor. Physic. and Surg. am. arb. Mich. 1882. IV. 145.

83. **Verdier,** Observ. et reflex. sur l. phlegm. d. l. prost. 1837.

84. **Wishard,** Four cases of acut prost. with. and without abscess, and some of its compl. Ind. M. Journ. Indianop. 1888/89. VII.

85. **Wyman,** Abscess of de pr. cured by perin. section. Med. News Philad. 1898. LVII. 265.

86. **Zuckerkandl,** Beitr. zur chir. Behandl. der Prostataabsc. Wien. Klin. Wochenschrift.

87. **Socin & Burckhardt,** Verletz. und Krankh. der Pr. Abschn. ac. Entzündungen.

Tabelle.

	Name	Alter	Ursache	Stat. d. Prostata	Bact. Befund	Temperatur	Miction	Verlauf	Dauer	Komplikationen	Ausgang
I.	K. G.	31	Gonorrhoe	vergrössert in beid. Lappen	—	normal	Retentio (Katheter)	Entleerung in d. Urethra	3 Wochen	keine	Heilung
II.	Sp. F.	23	Gonorrhoe	L. > R. gross und höckerig	Gonokokken	normal	vermehrte Frequenz	dito	2½ Monat	ac. eitrige Vesiculitis	Heilung
III.	B. A.	34	Gonorrhoe	L. > R. vergrössert	Vereinzelte Diplokokken	39,6° (maxim.)	Retentio (Katheter)	dito	3 Wochen	keine	Heilung
IV.	R. S.	37	Gonorrhoe	L. > R. (gross)	—	39,9° (maxim.)	vermehrte Frequenz	dito	2 Wochen	keine	Heilung
V.	R. J.	27	Gonorrhoe	L. > R. gross und kugelig	Staphylokk. pyog. aur.	37,8°	Retentio (Katheter)	dito	6 Wochen	Vesiculitis und Cowperitis	Heilung
VI.	P. L.	40	?	L. > R. gross und prominierend	Streptokok. u. Staphylokokken	normal	Retentio (Katheter)	Entleerung in Urethra u. Mastdarm	3 Wochen	keine	Heilung